

Unverbindliche Anmeldung

im **Wohn- und Pflegezentrum Mobil**, Eisenacher Str. 18, 99974 Mühlhausen

zur ambulanten Pflege ab bis

Ihre Angaben werden ausschließlich für die Vorbereitung der Tourenplanung, Betreuung und Versorgung erhoben. Diese Unterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt. Alle Punkte sollten vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Eine Anmeldung für die Versorgung des ambulanten Pflegedienstes erfolgt erst mit Abgabe des ausgefüllten Formulars. Erforderliche Anlagen sind dem Vordruck beizufügen.

Angaben zur Person

Nachname Vorname Geburtsname

Pflegegrad seit dem Antrag auf Leistungen der Pflegekasse gestellt am

amtlicher Wohnsitz Telefon

derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus/Heim/zu Hause usw.)

Geburtsdatum Geburtsort Religion

Familienstand Datum der Eheschließung Personalausweis-Nr.

Angaben zu Angehörigen

1. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

2. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

3. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

Die Angehörigen Nr. sind als Kontaktpersonen gewünscht.

Die Angehörigen Nr. möchten bei einem Notfall auch nachts informiert werden.

Rechnungsempfänger nach Aufnahme wird der Tagesgast der Angehörige Nr.

Angaben zur Kranken-/Pflegekasse und zur Rechnungslegung

Name der Kranken-/Pflegekasse Mitgliedsnr.

Anschrift/Telefon/Telefax

Bankverbindung Bankleitzahl

Kontoinhaber Kontonummer

Angaben zur Geschäftsfähigkeit

- der Bewohner ist voll geschäftsfähig und entscheidet alle Dinge selbst. Eine Patientenverfügung ist vorhanden.
- eine Vorsorgevollmacht ist vorhanden. privatschriftlich notariell beurkundet
- Aufgabenkreis: Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden
 Vermögensfürsorge Post-/Fernmeldeverkehr Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Bevollmächtigter oder Angehöriger Nr.
- ein Betreuer ist eingesetzt. gerichtlich bestellt durch Amtsgericht.....
- Betreuerausweis liegt vor. Aktenzeichen wurde beantragt am
- Aufgabenkreis: Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden
 Vermögensfürsorge Post-/Fernmeldeverkehr Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Betreuer oder Angehöriger Nr.

Angaben zu Ärzten / medizinische Angaben

HINWEIS: Es besteht freie Arztwahl! Der jeweilige Hausarzt kann Hausbesuche in der Tagespflege wahrnehmen!

Hausarzt

Name Anschrift

Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Zahnarzt

Name Anschrift

Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Augenarzt

Name Anschrift

Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Sonstige, und zwar

Name Anschrift

Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Medizinische Angaben (nur bei sicherer Diagnose ausfüllen)

ANLAGE 1 (Bestätigung des Arztes) BEACHTEN!

- Dialysepatient Marcumarbehandlung Schizophrenie Angstzustände Alzheimer/Demenz Epilepsie
- Allergien gestörter Tag-/Nacht rhythmus Weglaufgefährdet Hoher Blutdruck niedriger Blutdruck Schwindel
- Kontrakturen PEG-Sonderernährung künstliche Ausgänge Diabetiker / Tabletten / Insulin / nichts
- Schlaganfall am..... Herzinfarkt am..... eingeschränkte Mobilität.....
- freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig/Beschluss-Art

Körpergröße **Gewicht**

Angaben zu Hilfsmitteln

Anzahl eintragen!

..... Brille(n)KontaktlinsenHörgeräteZahnprothesen oben/untensonst. Prothesen

..... RollstuhlNachtstuhlGehbockGehwagenGehstockKorsettKompressionsstrümpfe

..... Sonstiges

davon Privateigentum / Krankenkasse / Leihgerät

Gewohnheiten / Interessen / Charaktereigenschaften

Vorlieben und Abneigungen / Aufsteh- und Zubettgehzeiten / Essen und Trinken / Hobby und frühere Tätigkeit usw.

Checkliste über Anlagen zur Antragstellung

BITTE ALLE UNTERLAGEN IN KOPIE EINREICHEN!

- Bewilligungsbescheid der Pflegekasse über das Pflegegeld / die Pflegestufe
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht / notarielle Vollmacht
- Betreuerausweis
- Bestätigung des Arztes (Anlage 1)

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Erhebung und Verarbeitung vorstehender Angaben (Daten) ein.

Datum

Unterschrift

Anlage 1: Bestätigung des Arztes

Herr / Frau geboren am

Wohnsitz

hat die

teilstationäre Aufnahme in der Tagespflege möglichst ab
beantragt.

1. Diagnosen

.....
.....

2. Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator/sonst. Gehhilfen Prothesen/Orthesen Inhalator/Sauerstoffgerät
 Stützschiene/Korsett

3. Hat der Antragsteller eine ansteckungsfähige Krankheit (z. B. MRSA, Hep.C oder Lungentuberkulose)?

Nein
 Ja, und zwar

.....

4. Weitere Medizinische Angaben

Dialysepatient Marcumarbehandlung Schizophrenie Angstzustände Alzheimer/Demenz
 Epilepsie Allergien Herzschrittmacher Weglaufgefährdet Schmerzpatient
 Schwindel PEG/Portkatheter Suchterkrankung künstliche Ausgänge
 Schlaganfall am..... Herzinfarkt am.....
 eingeschränkte Mobilität.....
 freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig/Beschluss-Art

Impfstatus:

Tetanus Gripeschutzimpfung Pneumokokkenimpfung
am: am: am:

Sonstiges:

Bestätigung des Arztes: Die Vollständigkeit und Richtigkeit vorstehender Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift